PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS N° 265.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DE QUELQUES MALADIES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 décembre 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR B. ROULLOIS, de Mayenne,

Département de la Mayenne;

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

Occasio præceps.
HIPP.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Président.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Suppléant.* / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* / BOYER, *Examinateur.* / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Mecsieurs	Messieurs.
Baudelocque.	Devergie.
Bayle.	Dubled, *Examinateur.*
Berard.	Dubois, *Examinateur.*
Blandin.	Gerdy.
Bouillaud.	Gibert.
Bouvier.	Hatin.
Briquet, *Suppléant.*	Lisfranc.
Brongniart	Martin Solon.
Cloquet.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dalmas.	Trousseau.
Dance.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible témoignage de mon respect et de ma reconnaissance pour tant d'amour et de bonté.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR,

MES BONS AMIS.

B. ROULLOIS.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible témoignage de mon respect et de ma reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

PROPOSITIONS ET OBSERVATIONS

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT

DE QUELQUES MALADIES.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE PHLEGMONEUX.

Il ne suffit pas en médecine d'avoir fait choix de moyens propres à combattre avantageusement une maladie, il est encore une autre condition non moins importante, et qui, très-souvent, assure les succès en médecine pratique; c'est de déterminer dans quels cas et à quelle époque de la maladie on doit les employer.

Cette proposition, qui me semble d'une vérité générale en thérapeutique, trouvera son application dans ce que j'ai à dire sur le traitement de l'érysipèle phlegmoneux.

Ayant eu occasion d'observer cette maladie un assez grand nombre de fois, durant mon séjour à l'hôpital Saint-Antoine, et ayant vu presque constamment cette affection se terminer d'une manière heureuse, traitée par des incisions pratiquées à temps et d'une manière convenable, je me suis demandé si, de tous les moyens mis en usage

pour combattre cette terrible maladie, le traitement par les incisions ne devait pas mériter la préférence, puisque, étant le plus prompt dans son action, il était aussi le plus avantageux dans les résultats.

Tout ce que je dirai de l'érysipèle phlegmoneux, se rapportera surtout à celui qui a son siége sur les membres, qui sont les parties du corps où on le rencontre le plus ordinairement.

Avant d'arriver aux propositions que je vais établir, il ne sera pas inutile, je pense, de rappeler en peu de mots ce que l'on entend par érysipèle phlegmoneux, quelles sont ses causes les plus ordinaires, à quels signes on pourra le reconnaître, à quelle époque de la maladie il convient de faire des incisions, et enfin de quelle manière on doit les pratiquer.

L'érysipèle phlegmoneux est une maladie qui, comme son nom l'indique, consiste dans l'inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, qui tantôt est le tissu cellulaire sous-cutané seulement. D'autrefois, la maladie est beaucoup plus intense; elle gagne le tissu cellulaire sous-aponévrotique, produit alors les plus grands désordres, et met la vie du malade en danger, s'il n'est secouru à temps et d'une manière convenable.

Les dispositions anatomiques que l'on rencontre dans les membres, les maladies qui s'y développent, les diverses opérations que l'on y pratique quelquefois, enfin les différens usages auxquels ils sont destinés, expliquent pourquoi cette maladie se développe beaucoup plus souvent sur les extrémités que sur toute autre partie du corps.

Les différentes causes sous l'influence desquelles cette inflammation s'est développée chez les malades que j'ai eu occasion d'observer, se rapportaient presque toutes à des lésions extérieures, telles que des contusions, des plaies, et surtout celles qui sont faites par piqûre, à la suite de l'opération de la saignée, par exemple; d'autres fois la maladie paraissait occasionnée par une action musculaire trop fortement et trop long-temps prolongée; dans d'autres circonstances, les causes n'étaient pas si faciles à saisir; elles faisaient partie des causes

internes, et pouvaient être rapportées à ce que les pathologistes appellent l'*idiosyncrasie du sujet*.

Lorsque la maladie débute, c'est un véritable érysipèle, qui de la peau s'étend au tissu cellulaire sous-jacent; dans quelques circonstances, la marche n'est pas assez régulière pour que l'on puisse dire si c'est la peau ou le tissu cellulaire qui ont été le siége primitif de la maladie. Nul doute qu'à cette période, un traitement antiphlogistique actif, local et général, n'atténue beaucoup la gravité de la maladie, en diminuant l'intensité des symptômes inflammatoires: mais malheureusement, le médecin n'est pas appelé à cette époque de la maladie, et le plus ordinairement, lorsque les malades se présentent dans les hôpitaux, l'inflammation occupe la plus grande partie ou la totalité d'un membre; il y a dans les parties affectées d'érysipèle une grande quantité de fluides accumulés; le pus est déjà infiltré, ou bien réuni en foyers dans quelques endroits; il faut absolument un traitement local.

Voici alors ce que l'on observe dans le plus grand nombre des cas.

Le membre est plus ou moins volumineux, la peau chaude, tendue, luisante, d'un rouge foncé, beaucoup plus prononcé dans certains endroits; il y a dans tout le membre un état d'empâtement qui nous a toujours paru propre à caractériser cette maladie. La tuméfaction et l'état œdémateux du membre serviront toujours à le distinguer de l'érysipèle simple; la tumeur non circonscrite et la rougeur foncée de la peau empêcheront de le confondre avec le phlegmon. La douleur est ordinairement très-forte; le malade la compare à une forte pression exercée sur le membre. La réaction qu'exerce sur l'économie une inflammation aussi intense donne lieu à tous les symptômes d'une fièvre dite *inflammatoire*.

C'est à cette époque de la maladie qu'il convient de pratiquer des incisions, qui, en détendant la peau et les aponévroses d'enveloppe, permettent à l'inflammation de se développer, en même temps qu'elles produisent un dégorgement subit, en laissant couler une grande quantité de sang mêlé à de la sérosité, et en permettant au

pus, qui très-souvent se trouve infiltré, de s'échapper peu à peu par les ouvertures pratiquées.

Par ce moyen, on prévient la formation de vastes et nombreux abcès, qui, en écartant les lames du tissu cellulaire, le tiraillent et le font tomber en gangrène sous forme de lambeaux grisâtres; on évite, par cette opération, la dénudation de la peau, qui donne lieu à des décollemens considérables, source d'abondantes suppurations qui épuisent les malades.

Dans d'autres circonstances, plusieurs abcès sont déjà formés; il faut alors examiner le membre avec beaucoup d'attention, ouvrir tous les abcès et pratiquer de nouvelles incisions dans les parties environnantes qui paraissent engorgées; c'est le seul moyen de prévenir la formation de nouveaux abcès dans ces parties. Le traitement antiphlogistique, qui réussit si bien dans la plupart des inflammations franches, ne nous paraît pas convenir dans cette circonstance, où les deux indications nous semblent être de détruire l'étranglement et de faciliter l'écoulement des liquides engorgés.

Nous avons eu plusieurs fois occasion de nous assurer de l'insuffisance d'un traitement antiphlogistique actif, local et général, et nous avons été obligés d'avoir recours aux incisions qui, dans l'instant même, produisaient une amélioration sensible dans l'état des parties malades.

Je m'abstiendrai de prononcer sur un moyen que je n'ai jamais vu employer, et qui, dit-on, a souvent produit de très-bons effets: je veux parler de l'application des vésicatoires sur le siége de la maladie.

J'en dirai autant de la compression, au moyen de laquelle on prétend *étouffer* les érysipèles phlegmoneux; je ferai remarquer seulement que si, dans l'inflammation phlegmoneuse d'un membre, les aponévroses d'enveloppe produisent si souvent la gangrène dans les parties sous-jacentes, lorsque ces enveloppes fibreuses ne sont pas incisées, une compression qui, pour arrêter le développement d'une inflammation, doit encore être exercée assez fortement, pourrait bien donner lieu à quelques accidens; et, pour mon compte, je voudrais

avoir été témoin des succès d'un semblable moyen, avant d'oser le mettre en pratique.

Au contraire, la compression, aidée des résolutifs, nous a souvent paru avantageuse lorsqu'elle était employée vers la fin de la maladie, où il reste toujours un peu d'engorgement dans le membre.

C'est donc avant que le pus soit formé qu'il convient de pratiquer des incisions.

Elles sont aussi employées avec avantage lorsque le pus n'est pas encore réuni en foyer ; enfin elles sont très-avantageuses pour donner issue à la matière purulente, lorsqu'elle est réunie en foyers, en même temps que, pratiquées dans les parties environnantes engorgées, elles préviennent la fonte purulente de ces parties.

Le nombre et la grandeur des incisions seront proportionnés au degré et à l'intensité de la maladie.

Leur profondeur sera en rapport avec le gonflement du membre.

Elles seront faites parallèlement à la direction du membre, en ayant soin d'éviter les vaisseaux et les nerfs principaux.

Il faudra prendre garde de trop les rapprocher, surtout dans les endroits où la peau paraîtra fortement distendue, de peur d'en déterminer la mortification.

Ire. OBSERVATION.

Le nommé Carbonnel, âgé de quarante-neuf ans, employé à la manufacture de coton de la rue Charonne, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 16 avril 1829.

Cet homme, doué d'une forte constitution, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, le 12 avril, il éprouva tout à coup et sans cause connue une douleur accompagnée de chaleur et de démangeaison dans la main et l'avant-bras du côté gauche ; le malade nous dit que, par son état, il était obligé de tourner une mécanique, ce qui l'obligeait à faire de grands efforts. Les jours précédens il se portait bien, mais il avait travaillé plus qu'à l'ordinaire.

Le 13 avril, il alla consulter un médecin qui, après lui avoir pratiqué une saignée de trois palettes, lui fit appliquer sur le membre un large cataplasme. Le 14 et le 15, il garda le repos, et observa une diète rigoureuse. Voyant que la maladie, au lieu de diminuer, continuait à faire des progrès, il entra à l'hôpital le 16 avril, présentant les symptômes suivans :

La main, l'avant-bras et la moitié inférieure du bras, étaient énormément gonflés ; la peau qui recouvre ces parties était chaude, d'un rouge foncé ; la pression du doigt, exercée assez fortement, ne faisait pas disparaître entièrement la rougeur; les parties environnantes étaient empâtées ; la douleur était violente et comparée par le malade à une forte pression exercée sur le membre; le pouls plein, fort, accéléré ; la langue rouge, sèche; face animée, céphalalgie violente. (Le soir de son entrée, saignée de quatre palettes, bains de bras, cataplasmes émolliens, julep avec sirop diacode ℥ ß.) Le malade ne put reposer un seul instant durant la nuit ; le lendemain, le membre était dans le même état; seulement, dans quelques endroits, et surtout sur le dos de la main et à la partie postérieure de l'avant-bras, la tuméfaction était plus considérable ; la fluctuation se faisait sentir à la partie postérieure du bras, où on pratiqua une incision qui donna issue à une assez grande quantité de sang et à du pus sanguinolent ; quatre autres incisions furent également pratiquées, deux sur le dos de la main, et deux à la partie postérieure de l'avant-bras ; celles-ci ne donnèrent issue qu'à du sang mêlé à de la sérosité : ces incisions produisirent un dégorgement subit, la peau se décolora à l'instant même. Le membre fut enveloppé dans un large cataplasme émollient. (Limonade, deux pots; diète absolue.) Le lendemain, mieux sensible ; le malade avait reposé durant la nuit; le pus s'écoulait par les incisions.

Les cinq jours suivans, les plaies continuèrent à fournir un pus de bonne nature, le membre se dégorgea. On commença à réunir les petites plaies au moyen de bandelettes agglutinatives ; lorsque la cicatrisation fut achevée, on établit, pendant quelques jours, une légère

compression, au moyen d'une bande roulée, pour faire disparaître un peu d'engorgement qui restait encore dans le membre. Le malade sortit guéri le 14 mai.

IIe. OBSERVATION.

Le nommé Lébert, âgé de vingt-neuf ans, maçon, d'une constitution robuste, entra à l'hôpital le 17 février 1829.

Le malade nous dit que, cinq jours avant l'invasion de la maladie, il était occupé à déblayer des terres pendant un temps froid et humide, ayant les pieds nus. Le soir même, le membre gauche fut frappé d'engourdissement; la nuit suivante se passa dans une grande agitation. Le lendemain il essaya de se lever; impossibilité de pouvoir se servir de son membre; la tuméfaction continua à faire des progrès.

Le malade se fit transporter à l'hôpital; nous pûmes alors examiner le membre, que nous trouvâmes dans l'état suivant:

Depuis l'extrémité des orteils jusqu'au-dessus du genou, toute cette partie du membre inférieur était tendue, chaude, d'un rouge brun; une pression forcée faisait à peine disparaître la rougeur; le membre offrait cet état d'empâtement, qui semble propre à cette maladie; sur plusieurs points de la jambe, et surtout le long de la face interne du tibia, on remarquait que la peau était beaucoup plus saillante, comme si elle eût été amincie et prête à s'ouvrir. La douleur était un sentiment de pesanteur et de tension dans tout le membre; le pouls plein, accéléré; la langue sèche et rouge; la respiration paraissait un peu gênée; cependant l'examen de la poitrine ne fit reconnaître aucune lésion du côté des organes contenus dans cette cavité. Le jour même de l'entrée du malade, à quatre heures du soir, je pratiquai une saignée de quatre palettes; le membre fut recouvert d'un large cataplasme. A dix heures du soir, la tension était si forte, et les douleurs si violentes, que je me décidai à pratiquer deux incisions longues de quatre pouces, intéressant l'aponévrose jambière:

la première fut faite à la partie moyenne et antérieure du membre, l'autre à sa partie moyenne et interne. La grande quantité de sang qui s'écoula, mêlée à de la sérosité, produisit un tel dégorgement, que les parties malades s'affaissèrent, la peau se décolora; le membre fut enveloppé de nouveau dans un cataplasme. La nuit fut assez calme, le malade put reposer quelques heures. Le lendemain, on fit une nouvelle incision à la partie interne et supérieure du membre, qui paraissait plus tendue et plus engorgée que le reste; le jour suivant, le mieux était plus sensible. Le troisième jour, la douleur de la peau avait disparu presque entièrement; les parties molles étaient affaissées à tel point, que le membre avait presque repris son volume naturel; les plaies commençaient à suppurer.

Durant les premiers jours, le malade fut mis à l'usage d'une limonade tartarique, et à trois potages pour toute nourriture, jusqu'au 26. A cette époque, les cataplasmes furent supprimés; on réunit les plaies au moyen de bandelettes de diachylon, et le tout fut soutenu avec une bande modérément serrée. Le 28, les plaies se trouvaient presque entièrement cicatrisées. Le 10 mars, le malade sortit parfaitement guéri.

L'érysipèle phlegmoneux peut quelquefois s'emparer d'un moignon, lorsque la plaie, suite de l'opération, a été réunie immédiatement.

Le nommé Gabeude, âgé de quarante-huit ans, coutelier, d'une constitution molle et détériorée, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 22 février 1828, pour y être traité d'une carie du calcanéum, qui entretenait deux fistules situées, l'une en dehors, l'autre en dedans du pied, sur les parties latérales de cet os.

Les renseignemens donnés par le malade ne nous ont rien appris sur la cause première de cette affection; il nous dit seulement que, six mois auparavant, le pied droit se tuméfia, sans être le siége de douleurs profondes. Le malade ayant continué à marcher, le gonfle-

ment augmenta, la peau devint rouge, enflammée. Un chirurgien, consulté par le malade, lui fit appliquer quinze sangsues à deux reprises différentes, et des cataplasmes émolliens. Le gonflement parut un peu diminué ; deux abcès se formèrent sur les parties latérales du calcanéum, un peu au-dessous des malléoles ; les ouvertures restèrent fistuleuses. Ce fut dans cet état qu'il se présenta à l'hôpital ; l'aspect de ces fistules et l'introduction d'un stylet boutonné par ces ouvertures, firent bientôt reconnaître la nature de la maladie.

La prescription suivante fut administrée durant quarante-trois jours, sans produire d'amélioration dans l'état des parties malades. (Tisane de gentiane deux pots, vin antiscorbutique ℥ iv, pédiluves alcalins, la demie d'alimens.) Les pédiluves, pris tous les deux jours, avaient beaucoup augmenté l'inflammation de la peau.

Le 3 septembre, M. *Velpeau* pratiqua l'amputation de la jambe dans le lieu d'élection. L'opération fut faite à lambeaux ; on écorna le tibia suivant le procédé de *Béclard ;* la plaie fut réunie par première intention ; les chairs étaient flasques, mollasses, ne se rétractant nullement à mesure que l'on en faisait la section. Le malade ayant dit ressentir une douleur assez vive dans le moignon, quelque temps après l'opération, on lui prescrivit une potion calmante.

La douleur persista toute la nuit ; elle finit par s'apaiser peu à peu, jusqu'au troisième jour, époque de la levée du premier appareil.

On trouva la plaie réunie dans presque toute son étendue, excepté à l'angle inférieur où passaient les ligatures. Le moignon était très-gonflé ; la peau rouge, tendue jusqu'au-dessus du genou ; le pus qui s'écoulait de la plaie était séreux et peu abondant ; la langue sèche, la peau chaude, le pouls plein et fréquent. Le malade était dans une grande agitation. On chercha à agrandir l'ouverture inférieure de la plaie, au moyen d'une pince à pansemens, pour s'assurer s'il n'y avait point de foyer situé plus profondément ; il n'en sortit presque rien.

Le lendemain, la rougeur était plus forte, les symptômes locaux et

généraux avaient augmenté, le malade ne put reposer la nuit; tout le moignon était d'une extrême sensibilité. (Tisane adoucissante deux pots, potion calmante, diète). Le septième jour, on découvrit un peu de fluctuation au-dessous de la rotule; une incision pratiquée dans cet endroit donna issue à un peu de matière purulente. Le lendemain, les symptômes ayant encore augmenté, il fut question de pratiquer l'amputation de la cuisse, dans le cas où la suppuration viendrait à dénuder le moignon; mais on se décida à pratiquer deux incisions sur les parties latérales du moignon; il s'en écoula beaucoup de sang, mêlé à de la matière purulente.

Le lendemain, huitième jour, le moignon était affaissé; on recouvre les plaies de plumasseaux enduits de cérat, et le tout est enveloppé dans un cataplasme. Le malade prend deux bouillons; les plaies continuent à être pansées de la même manière durant quelques jours. On entoure le moignon d'une bandelette de diachylon pour réunir les plaies; le malade est mis à l'usage d'une limonade minérale, et prend deux potages pour toute nourriture; les plaies diminuent de jour en jour, et ce n'est que vers la fin du mois de décembre que la cicatrisation est presque terminée.

Au niveau de l'angle formé par la crête du tibia existait un trajet fistuleux, entretenu par une portion d'os nécrosée; ce ne fut que le 15 janvier qu'on put en faire l'extraction. Huit jours après, la fistule était complètement fermée, et le malade sortit guéri le 12 janvier 1829.

PROPOSITIONS

SUR

L'ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE.

I.

Parmi les diverses maladies qui peuvent affecter le larynx, il n'en est point de plus insidieuse dans sa marche, et en même temps de plus difficile à combattre, que l'angine laryngée œdémateuse.

II.

Cette maladie consiste dans l'infiltration séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux, de l'épiglotte, de la partie supérieure du larynx et des parties qui circonscrivent cette ouverture que l'on nomme *la glotte.*

III.

La présence du pus mêlé à de la sérosité, infiltrés dans le tissu cellulaire sous-muqueux, indique que cette affection est de nature inflammatoire; précieux renseignement que nous fournit l'anatomie pathologique, pour nous prouver que ce n'est pas un œdème simple, et que le traitement dirigé contre les inflammations est le plus rationnel, en même temps qu'il est le plus sûr, s'il est employé au début de la maladie.

IV.

Cette maladie paraît être, dans tous les cas, le résultat d'une phlegmasie du larynx, soit que cet organe ait été primitivement affecté, soit qu'il n'ait été enflammé que secondairement.

V.

Le moyen le plus sûr pour reconnaître cette maladie est le doigt, qui, porté à la partie supérieure du larynx, sent le bourrelet que forment les tissus infiltrés de pus et de sérosité.

VI.

Comme toutes les inflammations, elle peut affecter deux états : ou bien elle offre une marche aiguë, ou elle se présente sous une forme chronique.

VII.

La première est moins fâcheuse, parce qu'elle peut être combattue avantageusement par un traitement antiphlogistique actif; tandis que l'état chronique est toujours beaucoup plus grave, parce que la maladie, marchant sourdement, fait des progrès tels, qu'elle met peu à peu les parties dans les conditions propres à produire des accès de suffocation, et ensuite parce qu'une maladie chronique, toutes choses égales d'ailleurs, est beaucoup plus longue et cède moins facilement aux moyens thérapeutiques.

VIII.

Elle se termine presque toujours par la mort, parce que la maladie s'annonçant tout à coup, les moyens dirigés contre elle n'ont pas le temps d'agir, et que le malade succombe à une asphyxie amenée peu à peu.

IX.

Une potion éméto-cathartique, précédée d'évacuations sanguines, qui réussit quelquefois si bien dans le traitement du croup, ne pourrait-elle pas aussi avoir de bons résultats dans le traitement de l'angine œdémateuse?

X.

L'introduction de la sonde est d'une exécution difficile, à cause de l'état pathologique du larynx; et en même temps que ce corps étranger gêne beaucoup les malades, il peut aussi augmenter l'intensité de la maladie, surtout si elle affecte une marche aiguë.

XI.

Les scarifications que l'on a conseillées de faire sur les parties infiltrées, joint à ce qu'elles sont presque impossibles à pratiquer, ne peuvent amener de résultats avantageux, puisqu'il est très-diffile, sur le cadavre, de faire disparaître l'infiltration, en exprimant les tissus, après y avoir fait des scarifications.

XII.

Lorsque les autres moyens paraissent devoir être insuffisans, il faut pratiquer la laryngotomie; c'est le seul moyen de prolonger les jours du malade. Exécutée d'une manière convenable, elle n'offre aucun danger, et si, jusqu'à présent, elle n'a jamais réussi complètement dans le cas d'angine œdémateuse, c'est qu'ayant été opérés presque toujours trop tard, les malades sont morts par défaut d'hématose, les bronches venant à se remplir de mucosités.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. *Rayer*, et qui m'a été communiquée par mon ami le docteur *Gaide*, alors in-

terne attaché à cette division, prouve que la maladie, reconnue dans le principe, peut céder à un traitement antiphlogistique actif, local et général, aidé de quelques révulsifs.

Ire. OBSERVATION.

Angine laryngée œdémateuse, guérie par les antiphlogistiques aidés des révulsifs.

La nommée Joséphine Lamy, âgée de vingt-quatre ans, blanchisseuse, entra à l'hôpital Saint-Antoine le 16 octobre 1828.

Cette femme, mère de trois enfans, avait toujours joui d'une bonne santé, sans avoir jamais éprouvé de retard dans l'évacuation menstruelle, qui apparut pour la première fois chez elle à l'âge de quinze ans.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait contracté un rhume, après avoir bu de l'eau fraîche, le corps étant fortement échauffé.

Un mois après l'apparition de cette maladie, elle éprouva les symptômes suivans : gêne dans la gorge, sentiment d'un corps étranger dans le larynx, sifflement très-prononcé pendant les inspirations, toux sèche et fréquente, accès d'étouffement se renouvelant fréquemment dans la journée; l'étouffement était presque continuel, et présentait des momens d'exacerbation, pendant lesquels la gorge *sifflait*, dit-elle, au point qu'on pouvait l'entendre de très-loin. La malade consulta un médecin, qui lui fit appliquer plusieurs fois des sangsues à la partie antérieure du cou, ce qui lui procurait un soulagement qui n'était que momentané.

Le seizième jour de son entrée à l'hôpital, de nouveaux symptômes se déclarèrent; la respiration devint gênée, l'inspiration était sifflante, l'expiration libre. La malade accusait une gêne au niveau du cartilage thyroïde, et elle rendait compte de ce qu'elle éprouvait en disant :

Qu'il lui semblait qu'un morceau de chair remontait et descendait alternativement dans son cou.

L'examen attentif de l'arrière-bouche montra que cette partie était un peu rouge, et les amygdales un peu tuméfiées. Le doigt, introduit profondément dans la gorge, arrivait difficilement jusqu'à l'épiglotte, qui semblait plus courte que de coutume, brièveté qui était due à un épaississement de cet appendice, que l'on pouvait ramener en avant, ce qui permettait alors au doigt de reconnaître l'ouverture supérieure du larynx, dure, comme mamelonnée, et paraissant rétrécie. Le thorax et l'abdomen étaient dans l'état sain. (Saignée de trois palettes, vésicatoire à la nuque, sinapismes aux pieds, deux grains d'émétique en lavage.) La malade vomit quatre fois, après quoi elle put dormir durant cinq heures. A onze heures du soir, nouvelle saignée; la malade se trouva soulagée, et put dormir une grande partie de la nuit. La respiration devint libre, il ne resta plus qu'une petite toux sèche sans expectoration. Le lendemain, à quatre heures du soir, la respiration devint un peu plus sifflante. (Sinapismes aux genoux.) Le 19, la toux avait beaucoup diminué. Le 21, le mieux se continue; cependant la voix était devenue un peu rauque et voilée. Le 31, la malade put prendre la demie d'alimens.

A deux heures après midi, un nouvel accès se déclara. (Pédiluve sinapisé, lavement purgatif.) Le 1^er^. novembre, la respiration était encore sifflante, mais beaucoup moins que la veille. Le 2 novembre, nouvel accès à quatre heures du soir. (Deux bains de pieds sinapisés à une heure d'intervalle.) Le 3, la respiration redevint bruyante; la malade éprouva de nouveau la sensation d'un corps étranger qui se serait arrêté dans la gorge. La malade ne put supporter les tentatives que l'on fit pour reconnaître l'état du larynx (douze sangsues à la partie antérieure du cou); soulagement très-marqué, lorsque les sangsues furent tombées. Le 4, nouvel accès, sifflement inspiratoire très-prononcé, sensation d'un corps étranger dans la gorge; la malade était assise sur son séant, s'agitait d'une manière presque convulsive et se tourmentait beaucoup.

Une nouvelle exploration permit de croire que l'on sentait avec le doigt deux corps olivaires assez volumineux, et bien distincts des amygdales; le pouls était fréquent. (Saignée de deux palettes, lavement purgatif, trois pédiluves fortement sinapisés.) Le 5, la malade reposa une partie de la nuit; la toux était beaucoup moins forte, sans expectoration. Le 6, nouvel accès dans le courant de la journée. (Sinapismes aux genoux.) Jusqu'au 10, pas de nouvel accès. Le 11, la respiration devint un peu gênée. (Emplâtre stibié à la partie antérieure du cou.)

Le 13, on fut obligé de lever l'emplâtre, qui occasionnait de violentes douleurs; déjà les pustules que ce topique détermine ordinairement avaient commencé à paraître; alors la malade se trouva bien, et désirait demeurer toujours dans le même état; cependant la voix resta encore un peu rauque; cet état persista jusqu'au 25. Le 26, la malade, se sentant beaucoup mieux, demanda à sortir de l'hôpital.

11e. OBSERVATION.

Angine laryngée œdémateuse; trachéotomie; mort trente-neuf heures apres l'opération.

Le nommé Maringhi, né en Italie, âgé de vingt-trois ans, musicien ambulant, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 avril 1828, pour y être traité d'une inflammation phlegmoneuse, qui occupait la partie latérale gauche du cou, et s'étendait jusqu'au côté correspondant de la face.

Le malade, qui ne parlait pas très-bien français, nous fit comprendre qu'il prenait difficilement les alimens.

Le serrement des mâchoires, produit par le gonflement des parties voisines, ne nous permit pas d'explorer l'arrière-bouche. (Vingt-cinq sangsues au cou, cataplasme, bain de pieds sinapisé, tisane d'orge, gargarisme adoucissant, diète.)

Le lendemain, la fluctuation était manifeste; l'abcès fut ouvert, et

il s'en écoula une assez grande quantité de pus. Les quatre jours qui suivirent l'ouverture de l'abcès, le gonflement avait beaucoup diminué, de sorte que le malade put prendre trois potages dans la journée; le cinquième jour, on s'aperçut que le malade avait la gale, et, le jour même, il fut transféré à l'hôpital Saint-Louis.

Le 4 juin, cet homme se présenta de nouveau à l'hôpital pour y être traité d'une fièvre intermittente tierce; l'affection psorique avait disparu, mais l'ouverture de l'abcès était restée fistuleuse; on se contenta d'y injecter un peu d'eau d'orge miélée, pour faciliter le recollement de la peau; la fièvre intermittente ayant cédé à l'emploi des apozèmes chicoracés et du sulfate de quinine, on fit passer le malade dans une des salles de chirurgie, le 28 juin, pour y être traité de sa fistule cutanée.

On apercevait, vers la partie moyenne et latérale gauche du cou, l'ouverture de l'abcès, devenue fistuleuse, et par laquelle s'écoulait un pus séreux; un stylet, introduit dans cette ouverture, faisait voir un décollement de la peau, dans l'étendue de quatre pouces à peu près, en suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien.

L'état général de l'individu était celui d'un homme affaibli par les accès d'une fièvre intermittente; il se plaignait d'une toux légère; la voix était enrouée; il accusait un léger mal de gorge. Un examen attentif de ces parties fit voir le pharynx, le voile du palais et les amygdales dans leur état naturel. (Tisane pectorale, julep gommeux, trois soupes.) Le 4, on prescrivit de l'orge miélée pour injection; une légère compression fut exercée sur la portion de peau décollée, et le malade fut mis au quart d'alimens.

Une toux sèche eut lieu par intervalles, la voix resta rauque, et cet état persista jusqu'au 8 juillet, à neuf heures du matin.

Ce fut alors que je fus appelé près de cet homme, qui était dans un état de suffocation imminente; je le trouvai assis sur son séant, dans une agitation extrême, faisant de violens efforts d'inspiration. Voyant que le cas était très-pressant, je priai MM. *Rayer* et *Kapeler*,

qui étaient encore à l'hôpital, de vouloir bien venir voir ce malade : dans le court espace de temps qui s'écoula jusqu'à leur arrivée, la gravité des symptômes s'était encore accrue; l'agitation était extrême ; tous les muscles inspirateurs étaient violemment contractés pour dilater la poitrine; l'inspiration n'avait lieu qu'après de violens efforts, tandis que l'expiration était libre; le cou était tendu, la tête déjetée en arrière, la face bleuâtre, les yeux gorgés de sang et saillant hors des orbites, le pouls petit, fréquent. Deux veines furent ouvertes, une à chaque bras, sans qu'on pût obtenir plus d'une demi-palette de sang; M. *Rayer*, après avoir introduit son doigt dans l'arrière-bouche, diagnostiqua aussitôt une angine œdémateuse.

Quelques instans après, l'infirmière nous dit que le malade avait éprouvé des accidens à peu près semblables la nuit précédente.

Le cas devenait de plus en plus pressant; la suffocation était imminente, et, pendant un instant, le malade avait cessé de respirer; l'indication était d'établir un passage à l'air : alors M. *Kapeler* se hâta d'ouvrir la trachée-artère.

Une sonde en gomme élastique fut à peine introduite dans le conduit aérien, que l'air se précipita dans la poitrine, plusieurs inspirations eurent lieu, la face se dégorgea, la respiration se rétablit peu à peu, et le malade fut rappelé à la vie.

Une assez grande quantité de sang noir, provenant des veines thyroïdiennes inférieures, intéressées dans l'opération, découlait de la plaie; des accès de toux et des mucosités filantes, mêlées de sang et sortant par la sonde, nous apprirent qu'il s'écoulait du sang dans les bronches; alors on retira la sonde pour voir d'où venait ce sang; les deux lèvres de la plaie faite à la trachée furent tenues écartées au moyen d'une pince à anneaux, introduite dans son intérieur, et dont les branches furent modérément écartées. Par ce moyen, la respiration devenait plus libre, les mucosités sortaient plus facilement; la poitrine, percutée, rendait un son clair; le bruit respiratoire se faisait entendre partout; seulement la présence des mucosités

dans les bronches faisait entendre un bruit semblable au râle des mourans.

Vers midi, le pouls se releva, devint fréquent, dur, la peau chaude. On ouvrit une des veines du bras, il fut impossible d'en tirer plus d'une palette de sang; la soif était vive, la langue sèche; quelques cuillerées d'eau sucrée occasionnèrent de la toux. La nuit fut assez calme, et le malade put dormir pendant trois heures; la journée se passa dans le même état; on peut même dire que le malade allait très-bien.

Le mercredi soir, à six heures, la respiration parut un peu plus gênée, le pouls très-fréquent, dur. (Trente sangsues sur les parties latérales du cou.) A neuf heures, la dyspnée augmenta, les bronches se remplirent de mucosités, qui sortaient en grande abondance par la plaie (huit ventouses scarifiées sur la poitrine) : le malade se sentit un peu soulagé. A dix heures, il éprouva un nouvel accès de suffocation, moins fort que le premier. Le malade mourut à minuit.

Autopsie, neuf heures après la mort. La peau du cou fut enlevée avec le muscle peaucier, de sorte que l'on put s'assurer que le trajet fistuleux, résultant de l'ouverture de l'abcès, ne s'étendait pas au delà du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Tout le tissu cellulaire environnant était induré, par suite du travail inflammatoire qui avait eu lieu dans cette partie.

Les voies aériennes et la partie supérieure du conduit alimentaire, détachées avec la langue et le corps de l'os maxillaire inférieur, montrèrent le pharynx, le voile du palais et les amygdales parfaitement sains; la plaie faite pour arriver dans la trachée avait intéressé trois cerceaux, à compter du quatrième.

L'ouverture supérieure du larynx et celle de la glotte étaient considérablement rétrécies; de sorte que ces orifices, comparés à ceux d'un sujet de même âge et de même taille à peu près, n'offrirent que le tiers des dimensions que l'on remarquait chez ce dernier. L'aspect de ces parties était d'un jaune clair. La couleur bleuâtre que l'on

remarquait dans certains endroits paraissait due à la présence de veines sous-muqueuses, dilatées et gorgées de sang. En incisant sur l'épiglotte, la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent, on voyait que ces parties étaient infiltrées; il en sortait une sérosité jaunâtre, et, si l'on pressait les lèvres des petites plaies, on voyait découler du pus encore contenu dans les aréoles du tissu cellulaire; c'était surtout vers la base de l'épiglotte, que ce phénomène était apparent. Les cordes vocales étaient épaissies, et se touchaient presque par leur bord libre; elles étaient couvertes de plaques jaunâtres. La membrane muqueuse de la trachée était d'une couleur blanchâtre; et ce n'était guère que vers l'origine des bronches que l'on commençait à apercevoir une rougeur qui devenait de plus en plus foncée, à mesure que l'on s'avançait vers les ramifications. Les poumons étaient crépitans, mais moins que dans l'état sain; en comprimant leur tissu, il en sortait des mucosités sanguinolentes; les autres organes nous parurent être dans l'état sain.

De toutes les régions du corps, l'espace inguinal est celui où l'on rencontre le plus grand nombre de tumeurs de nature différente, et dont le diagnostic est souvent très-difficile à établir. L'observation suivante prouve que l'on peut y rencontrer une hernie musculaire, que l'on peut prendre pour une tumeur d'une autre espèce, développée dans cette partie. La rareté du fait, jointe à l'avertissement que cela peut donner pour éclairer le diagnostic en pareille circonstance, m'ont engagé à publier, dans son entier, cette observation curieuse.

III^e. OBSERVATION.

Tumeur dans la région inguinale gauche, formée par une hernie musculaire.

Le nommé Boulmer, âgé de trente-trois ans, raffineur de sucre, d'une forte constitution, brun, bien musclé, entra à l'hôpital le 13 octobre 1829.

Il y a quatre mois, à la suite d'un effort violent, en portant contre son ventre une caisse pesant cent cinquante livres, il ressentit aussitôt une vive douleur, accompagnée de craquement à la partie interne et supérieure de la cuisse. La douleur fut si violente, que le malade tomba en syncope, où il demeura pendant près d'un quart d'heure. Il lui fut impossible de se relever; il dit même qu'ayant essayé à marcher, *il sentait quelque chose qui semblait s'embarrasser dans la cuisse.* Ce sont là ses propres expressions.

Il s'aperçut alors d'une petite tumeur grosse comme une noix, située en dedans de la cuisse. Cette tumeur augmenta peu à peu, de manière à avoir, au moment de son entrée à l'hôpital, la grosseur d'un petit œuf de poule. Il portait également une hernie inguinale du côté gauche, suite du même effort.

Dans l'aine gauche, à la partie interne de la cuisse, à quatre pouces au-dessous du ligament de *Fallope*, entre le muscle premier adducteur et le droit interne, on sent sous la peau une petite tumeur, grosse comme un petit œuf de poule : elle est indolente, pâteuse, mobile, sans changement de couleur à la peau; elle paraît enfoncée entre les muscles. Le malade, en fléchissant un peu la cuisse, et la portant dans la rotation en dehors, fait saillir la tumeur qui paraît chassée d'entre les muscles, et que l'on peut saisir facilement. Du reste, elle n'est point douloureuse; seulement elle gêne un peu le malade enmarchant.

On pratiqua l'opération le 22 novembre. La peau fut incisée dans l'étendue de trois pouces. On aperçut, au fond de la plaie, une ouverture faite à l'aponévrose *fascia lata* : une portion de muscle se trouvait engagée dans cette ouverture, et se présentait sous l'aspect d'un corps mou, rougeâtre. Jusque là on ne se doutait pas encore de la nature de la tumeur : on agrandit l'ouverture faite à l'aponévrose, et l'on chercha à saisir la prétendue tumeur graisseuse : impossible de la rencontrer ; alors on fit prendre au malade la position qu'il affectait, lorsqu'il avait intention de la faire saillir, et l'on vit que cette tumeur était formée par une portion du muscle premier adducteur, qui, dans le relâchement, s'engageait dans l'ouverture faite à l'aponévrose.

La plaie ne fut pas réunie par première intention, à cause d'un écoulement sanguin fourni par une artère qu'il fut impossible de saisir dans le muscle lui-même : on fut obligé d'avoir recours à la compression.

Aujourd'hui, la plaie est sur le point de se cicatriser.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Propter plagam in capite acceptam stupor aut desipientia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

II.

Erysipelas ab exterioribus ad interiora verti, non est bonum : ab interioribus autem ad exteriora, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 27.

III.

Quibus occulti cancri fiunt, non curare melius est : curati enim citiùs intereunt; non curati verò longiùs vitam trahunt. *Ibid.*, *aph.* 38.

IV.

Puer non laborat podagrâ antè Veneris usum. *Ibid.*, *aph.* 30.

V.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Ibid.*, *aph.* 6.

VI.

Dùm pus fit, dolores ac febres accidunt magis quàm confecto. *Sect.* 2, *aph.* 47.